

CLIENT ID # _____

PATIENT'S REGISTRATION RECORD

FECHA DE HOY ____/____/____

DMV /AIN /SSN ____ / ____ / ____

FECHA DE NACIMIENTO ____/____/____

NOMBRE _____
(APELLIDO) (NOMBRE) (NOMBRE SECUNDARIO)

DIRECCIÓN _____ APT # _____ CIUDAD _____ ESTADO _____ CÓDIGO POSTAL _____

TELÉFONO DE CASA # (____) _____ - _____ BEEPER//TRABAJO/OTRO # (____) _____ - _____

RAZA ____ ORIGEN HISPANO S/N SEXO ____ ESTADO MATRIMONIAL ____ EDUCACIÓN _____ ESCUELA _____
Pais _____ (Ultimo grado educacion)

IDIOMA _____ PUEDE VOTAR SI ____ NO ____

EVITAR CONTACTO A CASA: SI () NO () RELACIÓN CON JEFE DE FAMILIA _____

NOMBRE DEL GARANTIZADOR _____ # SEGURO SOCIAL _____ - _____

DIRECCIÓN DEL GARANTIZADOR (Si difiere al suyo) _____

CIUDAD _____ ESTADO _____ CODIGO POSTAL _____ TELEFONO DEL GARANTIZADOR _____

TIENE EL PACIENTE SEGURO PARA LA SALUD:* SI () NO () MEDICAID:* SI () NO ()

NOMBRE DEL SEGURO	POLIZA/NUMERO DEL GRUPO	NOMBRE DEL ASEGURADO	RELACION CON EL ASEGURADO	FECHA EFECTIVO	FECHA FINALIZADO
MEDICARE					
MEDICAID					
CHAMPUS					
BC/BS					

CONTACTO EN CASO DE EMERGENCIA: _____

NOMBRE _____ RELACION CON EL PACIENTE
(APELLIDO) (NOMBRE) # DE TELEFONO (____) _____ - EXT. _____

DIRECCION _____

CIUDAD _____ ESTADO _____ COD. POSTAL _____

Yo certifico que esta informacion es completa de acuerdo a la mejor capacidad de mi conocimiento y creencia. Al aplicar par pagos por Medicare, Medicaid y otros beneficios del cuidado de la salud, yo autorizo a proporcionar el historial necesario para actuar en esto, y solicito que los pagos autorizados sean hechos en mi nombre. Yo doy permiso para que yo/mis dependientes sean entrevistados (as)/ examinados (as)/ y tratados (as).

FIRMA RELACION _____ FECHA

NECESITAREMOS HACER UNA COPIA DE SU TARJETA DE SEGURO MEDICO PARA EL HISTORIAL. MUCHAS GRACIAS.